

## MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20241100078563**

Página 1 de 2

Bogotá D.C., 30 de septiembre de 2024

**PARA: DOLLY ARIAS CASAS**  
Subdirección Administrativa y Financiera

**MARÍA JOSÉ BARRERA RANGEL**  
Jefe de Oficina Asesora de Planeación

**LUIS JONATHAN GUTIÉRREZ CANTOR**  
Subdirector de Servicios Funerarios y Alumbrado Público

**ARIADNA RODRÍGUEZ VERDUGO**  
Subdirector Técnico y de Aprovechamiento

**ANDREA MARÚ**  
Subdirector técnico- Recolección, Barrido y Limpieza

**VICTOR JULIO MORENO MONSALVE**  
Subdirector Técnico y de Disposición Final

**MARY LILIANA RODRÍGUEZ CÉSPEDES**  
Subdirectora de Asuntos Legales

**MARCO GIOVANNI GONZÁLEZ ROMERO**  
Jefe de Oficina de Comunicaciones ( e )

**PAOLA ANDREA MANCHEGO INFANTE**  
Jefe de Oficina de Control Disciplinario Interno

**JORGE ALEXIS RODRÍGUEZ**  
Jefe de Oficina de tecnologías de la Información y las Comunicaciones

## MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20241100078563**

Página 2 de 2

Bogotá D.C., 30 de septiembre de 2024

DE: Oficina de Control Interno

ASUNTO: Seguimiento al Mapa de Riesgos y Oportunidades de la Unidad Administrativa - Especial de Servicios Públicos - (UAESP) con corte a 31 de agosto de 2024.

Respetado equipo directivo:

La Oficina de Control Interno (OCI), en cumplimiento de sus competencias, especialmente aquellas establecidas en la Ley 87 de 1993, el Título 21 del Decreto 1083 de 2015 y las directrices del Sistema Integrado de Gestión de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos – UAESP, por medio del presente memorando y con base en el Plan Anual de Auditorías 2024, les presenta el Informe con los resultados de la Evaluación a la Gestión del Riesgo con corte al 31 de agosto de 2024, el cual se ejecutó de acuerdo con el plan de auditoría No.: 20241100066873 del 26 de agosto de 2024.

Teniendo en cuenta los resultados y conforme al procedimiento ECM-PC-03 V10 – Planes de Mejoramiento, para el caso de las recomendaciones queda a discreción del responsable del proceso, decidir sobre el tratamiento pertinente. No obstante, se alienta a los responsables de procesos a evaluar la pertinencia de establecer acciones de mejora en el marco del Plan de Mejoramiento Interno (PMI). Finalmente, desde la Oficina de control Interno se agradece la atención y colaboración prestada por todos ustedes y sus equipos para el desarrollo de este ejercicio de auditoría y sobre cualquier información o aclaración al respecto, estaremos dispuestos a atenderla.

Cordialmente,

Sandra Beatriz Alvarado Salcedo  
Firmado digitalmente por Sandra Beatriz Alvarado Salcedo  
Fecha: 2024.09.30 21:32:44 -05'00'

**SANDRA BEATRIZ ALVARADO SALCEDO**

Jefe Oficina de Control Interno

e-mail: sandra.alvarado@uaesp.gov.co

Anexos: Informe de Auditoría y Anexo 1 Matriz SARLAFT

Elaboró: - Osbaldo Cortes Lozano PE-222-24 (e) OCI - Ligia M. Velandia PE-222-24 OCI

Revisó - Aprobó: Sandra Beatriz Alvarado Salcedo – jefe Oficina de Control Interno

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

### CONTENIDO

1.	INFORMACIÓN GENERAL DE LA AUDITORÍA.....	3
2.	DESARROLLO DE LA AUDITORIA.....	4
2.1	Planificación.....	4
2.2	Ejecución .....	5
3.	ACCIONES SOBRE LAS RECOMENDACIONES DE LA AUDITORÍA ANTERIOR .....	7
4.	NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE SARLAFT EN LA ENTIDAD.....	7
4.1.	Objetivo.....	7
4.2.	Alcance .....	7
4.3.	Metodología .....	7
4.4.	Evaluación .....	8
4.4.1.	Capacitación .....	8
4.4.2.	Implementación.....	9
4.4.3.	Medición y Evaluación .....	9
4.4.4.	Políticas y Procedimientos .....	10
4.4.5.	Riesgos y Controles .....	10
5.	CONFORMIDADES Y FORTALEZAS, O ASPECTOS POSITIVOS ENCONTRADOS	
	11	
5.1	Materialización de riesgos.....	11
5.2	Compromiso de alta Dirección .....	11
5.3	Eficacia en la Implementación de Controles y Acciones:.....	12
6.	OBSERVACIONES.....	12
7.	SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS.....	13
8.	CONCLUSIONES .....	13



# INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

9. RECOMENDACIONES .....15

10. APROBACIÓN .....21

## Lista de Tablas

Tabla 1 Información de la auditoría.....3

Tabla 2 Riesgos Evaluados. ....4

Tabla 3 Total Controles y Acciones UAESP 2024 .....5

Tabla 4 - Calificación SARLAFT .....8

Tabla 5 - Capacitación SARLAFT .....8

Tabla 6 - Implementación SARLAFT .....9

Tabla 7 – Medición y Evaluación SARLAFT .....9

Tabla 8 – Medición y Evaluación SARLAFT .....10

Tabla 9 – Medición y Evaluación SARLAFT .....10

Tabla 6 - Observaciones de la auditoría .....12

Tabla 7 Solicitud de Correcciones o Acciones Correctivas.....13

Tabla 8 - Recomendaciones por proceso .....16

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

### 1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA AUDITORÍA

**Tabla 1 Información de la auditoría**

<b>ENFOQUE DE LA AUDITORIA INTERNA</b>	Legal - Gestión de Resultados
<b>INFORME</b>	Evaluación de los riesgos de gestión, corrupción/SARLAFT, seguridad de la información y oportunidades correspondientes al periodo del 01 de mayo a 31 de agosto de 2024.
<b>PROCESO, PROCEDIMIENTO</b>	Todos los procesos de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos (UAESP).
<b>RESPONSABLE O AUDITADOS</b>	Todos los procesos de la UAESP.
<b>OBJETIVO</b>	Verificar la efectividad de los controles y acciones identificados en la matriz de riesgos y oportunidades, así como el nivel de avance de la implementación del Sistema de Prevención del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) en la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos - (UAESP), con el propósito de establecer como estos apoyan el cumplimiento de los objetivos y estrategias de la entidad.
<b>ALCANCE</b>	Análisis al Mapa de Riesgos y Oportunidades y verificación del nivel de avance en la implementación del SARLAFT en la UAESP, revisando los seguimientos tanto de la primera como la segunda línea de defensa y las evidencias aportadas con corte a 31 de agosto de 2024.
<b>PERIODO DE EJECUCIÓN</b>	Del 27 de agosto a 30 de septiembre de 2024.
<b>EQUIPO AUDITOR</b>	Ligia Marlen Velandia León (LMVL) – Osbaldo Cortes Lozano (OCL)
<b>DOCUMENTACIÓN ANALIZADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política de Administración del Riesgo V-05 – 19/09/2023.</li> <li>• Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) - Versión 6 – noviembre 2022.</li> <li>• Mapa y plan de manejo de riesgos y oportunidades, de la totalidad de procesos de la entidad con corte a 31 de agosto de 2024.</li> </ul>

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidencias suministradas por la primera línea de defensa.</li> <li>• Autoevaluación primera línea de defensa.</li> <li>• Evaluación segunda línea de defensa.</li> <li>• Sistema de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo (SARLAFT).</li> <li>• Lineamientos para implementar el SARLAFT en entidades del Distrito.</li> </ul>
--	---

## 2. DESARROLLO DE LA AUDITORIA

### 2.1 Planificación

El equipo auditor llevó a cabo las actividades de planificación, elaboración y comunicación del plan de auditoría a los procesos de la UAESP, realizando entre otras las siguientes actividades:

1. Reunión del equipo auditor con el propósito de elaborar el plan de auditoría, el cual posteriormente fue aprobado por la jefatura de la OCI.
2. Se comunicó el plan de auditoría a los procesos mediante radicado Orfeo No.: 20241100066873 del 26 de agosto de 2024.
3. El 27 de agosto de 2024, se envió un correo solicitando a la OAP acceso al repositorio de las matrices de riesgos y oportunidades, junto con las evidencias correspondientes, para el equipo auditor de la OCI.
4. El 02 de septiembre se envió vía correo a la OAP el formulario para medir el nivel de implementación del sistema de prevención del lavado de activos y financiación al terrorismo (SARLAFT).

En la tabla No. 2 se presenta el total los riesgos de Gestión – Fiscal – Desastres, Corrupción/LAFT, Seguridad de la Información y oportunidades identificadas en la entidad.

**Tabla 2 Riesgos Evaluados.**

Gestión – Fiscal - Desastres	Corrupción / LAFT	Seguridad de la Información	Oportunidades	Total
25	16	9	5	55

**Nota: Fuente elaboración propia con base en la información reportada por la OAP.**

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

De acuerdo con la información reportada por la primera línea de defensa (procesos) y la segunda línea de defensa (OAP), el equipo auditor llevó a cabo el análisis de las evidencias y realizó el seguimiento a la ejecución y efectividad de los controles, acciones y oportunidades establecidos por los 16 procesos de la entidad, con base en la siguiente distribución:

**Tabla 3 Total Controles y Acciones UAESP 2024**

#	Proceso	Riesgos	Controles	Acciones	Oportunidades
1	Direccionamiento Estratégico	2	3	2	1
2	Gestión del Conocimiento y la Innovación	2	2	5	2
3	Gestión De Asuntos Legales	3	4	3	0
4	Evaluación y Mejora	3	7	3	0
5	Gestión Documental	2	4	2	0
6	Talento Humano	5	10	7	0
7	Comunicaciones	3	5	3	0
8	Financiera	3	6	4	0
9	Apoyo Logístico	3	5	5	1
10	Servicio Al Ciudadano	4	5	5	0
11	GIRS	5	7	6	0
12	OTIC	6	13	9	1
13	Funerarios	2	3	4	0
14	Alumbrado Público	2	2	3	0
15	Control Disciplinario Interno	2	2	3	0
16	Participación Ciudadana	3	4	3	0
	<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>82</b>	<b>67</b>	<b>5</b>

**Nota:** Fuente elaboración propia con base en la información reportada por la OAP.

### 2.2 Ejecución

La auditoría se ejecutó conforme al Plan previamente comunicado a los procesos, el cual incluyó la programación de las siguientes actividades:

- Comunicación del plan de auditoría a los procesos.
- Solicitud de acceso a la información y evidencias a la OAP.
- Requerimiento de información sobre las acciones realizadas sobre las recomendaciones emitidas en la auditoría de riesgos con corte al 30 de abril de 2024.

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- Análisis del nivel de implementación del SARLAFT en la entidad, mediante el envío de formulario a la OAP, para su revisión, análisis de evidencias y generación de reporte por parte de la OCI.
- Análisis de los seguimientos realizados tanto por la primera como por la segunda línea de defensa, evaluando las evidencias presentadas. Este análisis se centró en verificar la efectividad de los controles y ejecución de las acciones, así como el cumplimiento de los criterios de calidad y los plazos reglamentarios para cada uno de los controles, acciones y oportunidades definidos en la matriz de riesgos de cada proceso.
- En cuanto a las evidencias presentadas por los procesos, se llevó a cabo su revisión y seguimiento correspondiente al período comprendido entre el 1 de mayo y el 31 de agosto de 2024, utilizando las columnas designadas para la tercera línea de defensa.
- Revisión y publicación el 13 de septiembre 2024 de la matriz consolidada de los riesgos de corrupción/LAFT, la cual se encuentra disponible en el siguiente enlace:  
[Seguimiento Riesgos de Corrupción / LAFT 31/08/2024](#)
- Revisión de los riesgos de Gestión, Fiscal y Desastres, de seguridad de la información y oportunidades.
- Seguimiento a los análisis de la primera línea y segunda línea de defensa.
- Revisión de la calidad y oportunidad de las evidencias presentadas por los procesos.
- Elaboración del informe con base en los resultados obtenidos y comunicación de los resultados de la auditoría a las partes interesadas.

### 3. ACCIONES SOBRE LAS RECOMENDACIONES DE LA AUDITORÍA ANTERIOR

En respuesta a las solicitudes sobre las acciones emprendidas para abordar las recomendaciones del informe radicado No. 20241100044463 del 29 de mayo de 2024, entre los procesos que reportaron sus avances están Atención al Ciudadano, Subdirección de Asuntos Legales, Subdirección de Aprovechamiento, Subdirección de Recolección, Barrido y Limpieza, y Alumbrado Público, Subdirección de Disposición Final, mientras que los procesos de Gestión Documental, Direccionamiento Estratégico, Servicios Funerarios, Talento Humano, Gestión Financiera, Gestión de Apoyo Logístico y Participación Ciudadana no proporcionaron informes sobre las acciones realizadas en respuesta a las recomendaciones. Sin embargo, durante el ejercicio de auditoría la OCI confirmó que, aunque algunos procesos no reportaron acciones específicas, implementaron medidas dentro de sus respectivas áreas, como es el caso de Gestión de las Comunicaciones. Asimismo, la OTIC se encuentran ejecutando acciones sobre las recomendaciones.

### 4. NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE SARLAFT EN LA ENTIDAD

#### 4.1. Objetivo

Efectuar la evaluación al nivel de implementación al Sistema de Administración de Lavados de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) de la entidad, de acuerdo con la normatividad aplicable.

#### 4.2. Alcance

Verificación al nivel de cumplimiento de las etapas y elementos del SARLAFT en la UAESP, correspondientes al periodo 01 de enero al 31 de agosto de 2024.

#### 4.3. Metodología

Para la evaluación del nivel de cumplimiento del SARLAFT en la entidad el equipo auditor realizó las siguientes actividades:

- Envío por parte de la OCI de la solicitud de diligenciamiento y cargue de las evidencias del Anexo 1 - Matriz SARLAFT a la OAP.

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- Análisis por parte de la OCI del instrumento y las evidencias aportadas por la OAP.
- Reunión con el proceso con el objetivo de resolver inquietudes.

Los parámetros de calificación utilizados para determinar el nivel de cumplimiento son los siguientes:

**Tabla 4 - Calificación SARLAFT**

#	Cumplimiento	Criterio	Rango
1	Cumple	Puntuación Alta: La UAESP tiene un LA/FT robusto y bien implementado.	90 y 100
2	Cumple Parcialmente	Puntuación Media: Existen áreas de mejora, pero el sistema está en gran medida implementado.	65 y 89
3	No Cumple	Puntuación Baja: Se requieren acciones correctivas significativas para cumplir con las normativas y reducir los riesgos.	0 y 64

Nota: Fuente elaboración propia

El detalle de los resultados se puede consultar en el Anexo 1 – Matriz SARLAFT.

### 4.4. Evaluación

El formulario aplicado está dividido en 5 secciones, las cuales se detallan a continuación:

#### 4.4.1. Capacitación

**Tabla 5 - Capacitación SARLAFT**

Criterios evaluados	Calificación OAP	Calificación OCI
4	100	100

Nota: Fuente elaboración propia

#### Análisis de Resultados:

El análisis muestra un cumplimiento del 100% sobre los criterios evaluados. La OCI verificó que existen procesos de sensibilización, inducción y reinducción, como el curso virtual "Herramientas de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo", así mismo validó que la UAESP ha realizado sesiones de sensibilización sobre LA/FT en el marco de las capacitaciones de riesgos para todo el personal.

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

La entidad debe reforzar la oferta formativa específica sobre SARLAFT y corregir un problema técnico de acceso al cronograma de capacitaciones del 2024, debido a que este se encuentra roto<sup>1</sup>.

### 4.4.2. Implementación

*Tabla 6 - Implementación SARLAFT*

Criterios evaluados	Calificación OAP	Calificación OCI
6	92	92

*Nota: Fuente elaboración propia*

#### Análisis de Resultados:

La entidad ha demostrado nivel de cumplimiento del 92% en la implementación de las fases del SARLAFT, incluyendo la formulación de un plan de acción con un cronograma definido y la designación de un equipo de trabajo.

Es necesario que formalizar la designación del Oficial de Cumplimiento de acuerdo con lo establecido en el PTEP

### 4.4.3. Medición y Evaluación

*Tabla 7 – Medición y Evaluación SARLAFT*

Criterios evaluados	Calificación OAP	Calificación OCI
8	100	80

*Nota: Fuente elaboración propia*

#### Análisis de Resultados:

La OCI verificó un nivel de cumplimiento del 80% en comparación del 100% del proceso. La entidad realiza seguimientos periódicos a los riesgos mediante las tres líneas de defensa, pero el enfoque principal ha sido sobre riesgos de corrupción. La OCI encuentra una

<sup>1</sup> [Cronograma capacitaciones 2024](#)

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

oportunidad de mejora en la identificación clara y específica de los riesgos de LA/FT, que permita detectar oportunamente posibles operaciones sospechosas.

### 4.4.4. Políticas y Procedimientos

*Tabla 8 – Medición y Evaluación SARLAFT*

Criterios evaluados	Calificación OAP	Calificación OCI
6	92	92

*Nota: Fuente elaboración propia*

La OAP y la OCI determinaron un cumplimiento del 92% en la implementación de políticas y procedimientos relacionados con SARLAFT. Este porcentaje refleja un compromiso por parte de la entidad en el cumplimiento normativo mediante la realización y actualización de las políticas y procedimientos específicos de riesgos, SARLAFT y debida diligencia.

La OCI verificó que los procedimientos relacionados con la identificación de Personas Expuestas Públicamente (PEP) y el manejo de operaciones inusuales y sospechosas, cumplen de manera parcial. Esta situación representa una oportunidad de mejora para revisar, ajustar y socializar los procedimientos y asegurar que se cumplan todos los requisitos mínimos y normatividad aplicable.

### 4.4.5. Riesgos y Controles

*Tabla 9 – Medición y Evaluación SARLAFT*

Criterios evaluados	Calificación OAP	Calificación OCI
9	100	89

*Nota: Fuente elaboración propia*

La UAESP ha identificado solo un riesgo asociado a la debida diligencia por parte del proceso de Asuntos Legales. Se recomienda que la entidad amplie la identificación de riesgos SARLAFT tanto en la Subdirección de Asuntos Legales como en los demás procesos especialmente los misionales. De igual manera elabore y formalice un protocolo de consulta de listas que permita fortalecer el conocimiento del cliente y contrapartes, permitiendo así

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

una verificación de la información en bases de datos públicas y listas restrictivas. Esto permitirá mejorar la prevención de riesgos LA/FT y cumplir con las normativas del SARLAFT. Además, se sugiere incorporar señales de alerta mencionadas en el criterio 2.2.2 en el seguimiento de riesgos, para identificar de manera más efectiva las posibles operaciones sospechosas.

### 5. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS, O ASPECTOS POSITIVOS ENCONTRADOS

Teniendo en cuenta los seguimientos realizados por la primera y segunda línea de defensa, la revisión de las evidencias aportadas, y el análisis realizado por el equipo auditor en relación con cada uno de los riesgos y oportunidades reportados, la Oficina de Control Interno (OCI) identificó las siguientes fortalezas:

#### 5.1 Materialización de riesgos

Para el periodo evaluado la OCI no evidenció la materialización de ninguno de los riesgos, por lo que se los controles han sido efectivos, los procesos realizaron el reporte en conformidad con el procedimiento DES-PC-07 V8 Administración riesgos y oportunidades<sup>2</sup>.

#### 5.2 Compromiso de alta Dirección

La Alta dirección de la Entidad, bajo el liderazgo de la OAP, mantiene en constante actualización y realiza la socialización de los documentos relacionados con la gestión del riesgo:

- Plan de Gestión de Riesgos de desastres UAESP<sup>3</sup>.
- Política de administración del riesgo<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> [Administración de riesgos y oportunidades](#)

<sup>3</sup> [Plan de gestión del riesgo de desastres](#)

<sup>4</sup> [Política de administración del riesgo](#)

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- DES-PC-15 V3 Identificación de aspectos y valoración de impactos ambientales e identificación y análisis de riesgos ambiental<sup>5</sup>.
- DES-FM-12 V12 Mapa y plan de manejo de riesgos y oportunidades<sup>6</sup>
- DES-FM-37 V1 Matriz de aspectos e impactos ambientales, e identificación y análisis de riesgos ambientales<sup>7</sup>
- Informe de la segunda línea de defensa sobre Indicadores, Riesgos, PAyS para el segundo trimestre 2024<sup>8</sup>.

De acuerdo con la revisión de los documentos antes citados, la OCI observó un compromiso generalizado con la mejora continua en la gestión de riesgos, con revisiones periódicas y ajustes en la política y los procedimientos en función de lecciones aprendidas y cambios en el entorno operativo.

### 5.3 Eficacia en la Implementación de Controles y Acciones:

La OCI observó que los procesos realizaron el ejercicio de identificación y formulación de los controles y acciones, dirigidos a la reducción de materialización de los riesgos identificados.

## 6. OBSERVACIONES

**Tabla 10 - Observaciones de la auditoría**

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN
N/A	N/A	N/A

<sup>5</sup> [DES-PC-15 V3 Identificación de aspectos y valoración de impactos ambientales e identificación y análisis de riesgos ambiental](#)

<sup>6</sup> [DES-FM-12 V12 Mapa y plan de manejo de riesgos y oportunidades](#)

<sup>7</sup> [DES-PC-15 V3 Identificación de aspectos y valoración de impactos ambientales e identificación y análisis de riesgos ambiental](#)

<sup>8</sup> [informe-segunda-linea-de-defensa-indicadores-riesgos-pays-segundo-trimestre.pdf](#)

### 7. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS

*Tabla 11 Solicitud de Correcciones o Acciones Correctivas*

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
N/A	N/A	N/A	N/A

### 8. CONCLUSIONES

Una vez finalizado el análisis y seguimiento de los mapas de riesgos y oportunidades correspondientes al período del 1 de mayo al 31 de agosto de 2024, la OCI presenta las siguientes conclusiones:

- La OCI verificó la efectividad de los controles y acciones identificadas en la matriz de riesgos y oportunidades de la entidad. El análisis evidenció la adecuada gestión en la mayoría de los riesgos, basado en el ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar), reflejando compromiso de la entidad con la mejora continua frente a la mitigación de los mismos.
- En cuanto a la implementación del SARLAFT, se constató un alto nivel de cumplimiento. Esto se debe a un plan de trabajo estructurado, que establece fechas claras y responsables específicos OAP. La implementación ha avanzado acorde con los objetivos establecidos.

#### 8.1 Materialización de Riesgos

El equipo auditor verificó que durante el período evaluado no se materializaron riesgos en la entidad de acuerdo con los reportes y evidencias presentadas por los procesos. La OCI verificó la efectividad de los controles y acciones identificadas en la matriz de riesgos y

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

oportunidades de la entidad, evidenciando la adecuada gestión de riesgos, basado en el ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar), reflejando el compromiso de la entidad con la mejora continua en la identificación y mitigación de los mismos.

### 8.2 Nivel de implementación de SARLAFT

De acuerdo con el análisis sobre las actividades realizadas por la OAP frente a la matriz de evaluación de SARLAFT, la OCI verificó un importante avance frente a la implementación, sin embargo, el porcentaje por cada uno de los elementos evaluados fue inferior en comparación con el establecido por la OAP. La entidad está desarrollando las actividades necesarias para contar con un sistema optimizado mediante un plan de trabajo estructurado, que establece fechas claras y responsables específicos.

### 8.3 Acompañamiento OAP

La OAP realiza el acompañamiento constante a los procesos generando las alertas correspondientes incentivando a los procesos a que realicen el reporte de riesgos en los tiempos y con la calidad requerida.

### 8.4 Seguimiento a Recomendaciones:

Los procesos deben tener presente las diferentes recomendaciones dadas en los informes de auditorías, para que se realicen acciones al interior de las áreas y así evitar la materialización de riesgos y aplicar la política de autocontrol y mejora continua.

### 8.5 Monitoreo y Revisión Periódica

El monitoreo y la revisión periódica de la gestión de riesgos en la entidad son realizados de por las tres líneas de defensa, conforme a lo dispuesto en el numeral 7 de la Política de Administración de Riesgos. Esta estructura asegura un enfoque preventivo y coordinado para la identificación, mitigación y control de riesgos, incluyendo los relacionados con SARLAFT. El proceso de seguimiento se lleva a cabo de la siguiente manera:

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- **Primera línea de defensa (procesos):** Realiza el seguimiento mensual de los riesgos identificados en la matriz, asegurando la ejecución de los controles establecidos junto con el cargue oportuno de las evidencias.
- **Segunda línea de defensa (Oficina Asesora de Planeación - OAP):** Efectúa el seguimiento trimestral, con un enfoque en la supervisión de los riesgos y la implementación efectiva de controles, incluyendo los relacionados con SARLAFT.
- **Tercera línea de defensa (Oficina de Control Interno - OCI):** Realiza un seguimiento cuatrimestral, evaluando de manera independiente la efectividad del sistema de gestión de riesgos y publicando de manera oportuna los riesgos de corrupción/LAFT.

### 8.6 Avance en la Cultura de Prevención y Autocontrol

La OCI verificó avances en los reportes y seguimientos realizados por la primera línea de defensa. No obstante, persiste la necesidad de reforzar las actividades orientadas a fomentar una cultura en la prevención y autocontrol en los procesos, reforzando la gestión de riesgos relacionados con corrupción y LA/FT. Asimismo, es importante fortalecer la calidad y redacción de los seguimientos.

### 8.7 Publicación del Mapa de Riesgos de Corrupción /LAFT

La OCI realizó la publicación del mapa de riesgos de corrupción/LAFT con corte al 31 de agosto de 2024 y está disponible para su consulta en el siguiente enlace: [Seguimiento Riesgos de Corrupción / LAFT 31/08/2024](#)

## 9. RECOMENDACIONES

A continuación, la OCI presenta las recomendaciones organizadas en dos grupos. El primero incluye las recomendaciones de carácter general, aplicables a todos los procesos de la entidad y el segundo se encuentra en la Tabla No. 6 donde se enumeran las recomendaciones específicas por proceso:

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

### 9.1 Recomendaciones generales:

- Reportar los seguimientos y evidencias realizados por la primera línea de defensa atendiendo los criterios de oportunidad y calidad establecidos por la OAP en el procedimiento DES-PC-07 Administración riesgos y oportunidades.
- Reforzar la identificación y gestión de riesgos relacionados con el LA/FT, así como continuar en su implementación como realizar las sensibilizaciones necesarias.
- Actualizar los documentos y formatos en su última versión disponible en el SIG.
- Fortalecer la redacción de los seguimientos de modo que permita a las partes interesadas realizar una mejor identificación y entendimiento, de los riesgos, sus respectivos controles y su relación con las evidencias aportadas.
- Mejorar el reporte de las evidencias en lo que respecta a calidad y oportunidad para los seguimientos correspondientes.

### 9.2 Recomendaciones por proceso:

**Tabla 12 - Recomendaciones por proceso**

No	PROCESO	RECOMENDACIÓN
1	<b>Direccionamiento Estratégico</b>	1.1. Gestión 1/Control 1/Acción 1: Contar con seguimientos por parte de la segunda línea de defensa a los informes (PAI, indicadores, Riesgos, PAyS, SEGPLAN) para los meses de julio y agosto aprobados por el CIGD. 1.2. Empezar acciones al interior del proceso sobre las recomendaciones dadas en el informe No. 20241100044463, del 29 de mayo de 2024.
2	<b>Gestión del Conocimiento y la Innovación</b>	2.1. Gestión 1/Acción 2,3: Realizar la ejecución de la acción descrita en el plan de manejo de riesgos.

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

No	PROCESO	RECOMENDACIÓN
3	<b>SARLAFT - OAP</b>	<p>2.1.4.1.3 Control - 2.1.4.1.4 Monitoreo</p> <p>Verificar con los procesos la identificación específica de los riesgos asociados a LA/FT e implementar por lo menos un control que permita la detección oportuna de operaciones sospechosas, tal como lo exige el criterio, con el fin de fortalecer la gestión de riesgos LA/FT dentro de la entidad y cumplir con las normativas aplicables.</p> <p>Adicional revisar la viabilidad de implementar un protocolo que articule la verificación a listas como la del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, lista restrictiva OFAC que incluye nombres de personas y empresas señaladas de participar en actividades de lavado de activos o listas propias de conocimiento de la entidad.</p>
4	<b>Gestión Documental</b>	<p>4.1 Gestión 1/Control 1/Acción 1: Que las evidencias sean acordes con la descripción de la acción y que se pueda validar la ejecución de esta toda vez que según el borrador del archivo en formato .odt presentado el cronograma se iniciaba en el mes de julio.</p> <p>4.2. Empezar acciones al interior del proceso sobre las recomendaciones dadas en el informe No. 20241100044463, del 29 de mayo de 2024.</p>
6	<b>Talento Humano</b>	<p>6.1 Gestión 2/Control 1: Adicionar a la matriz de ejecución evidencias de actas de visitas u otras que den garantía que se realizó la visita al sitio.</p> <p>6.2 S. I /C1/A1: Realizar la respectiva socialización dada en la formulación de la acción.</p> <p>6.3 Empezar acciones al interior del proceso sobre las recomendaciones dadas en el informe No. 20241100044463, del 29 de mayo de 2024.</p>
7	<b>Gestión Financiera</b>	<p>7.1 Gestión 1/Control 1: Subir las evidencias establecidas para verificación del control en especial para el tercer trimestre y que sean acordes con el control establecido para su validación correspondiente.</p>

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

No	PROCESO	RECOMENDACIÓN
		<p>7.2. Gestión 2/Control 1/Acción 1: Validar o definir si esa socialización que está descrita en la acción es reunión o es a través de memorandos.</p> <p>7.3 Empezar acciones al interior del proceso sobre las recomendaciones dadas en el informe No. 20241100044463, del 29 de mayo de 2024.</p>
8	<b>Gestión de Apoyo Logístico</b>	<p>8.1 Seguridad 1 / Control 1: Aportar las evidencias establecidas en el control de calidad y con oportunidad, ya que para la fecha de seguimiento el proceso no había realizado el cargue de los soportes correspondientes al mes de agosto de 2024.</p> <p>8.2 Empezar acciones al interior del proceso sobre las recomendaciones dadas en el informe No. 20241100044463, del 29 de mayo de 2024.</p>
9	<b>Servicio al Ciudadano</b>	<p>9.1 Gestión 1/Control 1: Aportar las evidencias cumpliendo con los criterios de calidad y oportunidad establecidos en el control. Esto se debe a que, para el mes de julio, el proceso solo presentó los soportes correspondientes a la semana del 2 al 8. Además, en el mes de agosto no se incluyeron los soportes de los seguimientos realizados vía correo electrónico, como se había hecho en los meses anteriores.</p> <p>9.2. Corrupción 1/ Acción 1: Aportar las evidencias con los criterios de calidad y oportunidad establecidas. Esto se debe que en el reporte de mayo cargan soporte con fecha de realización de marzo.</p>
10	<b>GIRS (SDF, SRBL y SAPROV)</b>	<p>10.1 Gestión / Control 1(SDF): Aportar las evidencias cumpliendo con los plazos establecidos en el control. Esto debido a que, aunque se realizó el cargue de las evidencias correspondientes a mayo y junio, aún faltan las evidencias de los meses de julio y agosto de 2024.</p>

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

No	PROCESO	RECOMENDACIÓN
		<p>10.2. Empezar acciones al interior del proceso sobre las recomendaciones dadas en el informe No. 20241100044463, del 29 de mayo de 2024. (SDF)</p> <p>10.3 Corrupción /Control 1 y acción 1 (SAPROV): Verificar la viabilidad de ajustar o sustituir los controles y acciones por unas que contribuyan a mitigar la probabilidad de ocurrencia del riesgo, dado que este control no fue ejecutado durante el periodo de mayo a agosto de 2024.</p>
11	<b>Gestión Tecnológica</b>	<p>11.1 Gestión 1/Control 2: Presentar las evidencias cumpliendo con los criterios de calidad y oportunidad que permitan verificar la correcta ejecución y efectividad del control. Esto se debe a que, para los meses de mayo y junio, el proceso no presentó las evidencias requeridas, y en los informes de los meses de julio y agosto no se encontraron referencias que acrediten la implementación de la política de Backups.</p> <p>11.2 Gestión 1/Acción 2: Ejecutar la acción programada cumpliendo con los criterios de calidad y oportunidad que permitan verificar la realización de las pruebas del Plan de Continuidad del Negocio (BCP). Esto se debe a que, a pesar del seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno (OCI), el proceso no presentó las evidencias requeridas y, según el análisis, informó que la actividad aún no se ha llevado a cabo.</p> <p>11.3. SI 1/Control 1: Presentar las evidencias con los criterios de calidad y oportunidad que permitan verificar la ejecución y efectividad del control. Esto debido que para los meses de mayo, junio y julio el proceso no presentó evidencias.</p> <p>11.4. SI 1/Control 2: Presentar las evidencias con los criterios de calidad y oportunidad que permitan verificar la ejecución y efectividad del control. Esto debido que el proceso no ha presentado las evidencias correspondientes al segundo y tercer trimestre.</p>

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

No	PROCESO	RECOMENDACIÓN
		<p>11.5. SI 2/Control 1: Presentar las evidencias con los criterios de calidad y oportunidad que permitan verificar la ejecución y efectividad del control. Esto debido que el proceso solo presentó el soporte correspondiente al mes de agosto.</p> <p>11.6. SI 2/ Acción 2: Tener en cuenta las conclusiones y lineamientos emitidos por el profesional de infraestructura sobre gestionar los recursos de almacenamiento.</p>
12	Alumbrado Público	<p>12.1 Gestión 1/acción 1: Presentar las evidencias con los criterios de calidad y oportunidad que permitan verificar la ejecución y efectividad de la acción. Esto debido a que el proceso adjuntó como evidencias las bases de datos de proyectos fotométricos y la acción establece "<b>Socialización semestral de lineamientos técnicos y normativos asociados a los trámites del proceso de alumbrado público</b>".</p> <p>12.2 Gestión 1/acción 2: Presentar las evidencias con los criterios de calidad y oportunidad que permitan verificar la ejecución y efectividad de la acción. Esto debido a que el proceso adjuntó como evidencias las bases de datos de proyectos fotométricos y la acción establece "<b>Generación trimestral del informe de los proyectos de alumbrado público</b>".</p> <p>12.3 Empezar acciones al interior del proceso sobre las recomendaciones dadas en el informe No. 20241100044463, del 29 de mayo de 2024</p> <p>12.4 Corrupción – LAFT 1/acción 1: Revisar la acción propuesta dado que las evidencias presentadas son las mismas del control y no dan cuenta de la verificación de los requisitos.</p>
13	Participación Ciudadana	<p>13.1. Gestión 2/control 2: Presentar las evidencias con los criterios de calidad y oportunidad que permitan verificar la ejecución y efectividad del control. Esto debido que el proceso no presentó los soportes correspondientes a los meses de julio y agosto de 2024.</p>

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

No	PROCESO	RECOMENDACIÓN
		13.2 Corrupción – LAFT / control 1: Ejecutar el control conforme a lo estipulado en su redacción y adjuntar los soportes que demuestren claramente su realización. Esto debido a que los soportes entregados no permiten verificar el cumplimiento de los lineamientos internos relacionados con el proselitismo político.

### 10. APROBACIÓN

#### FIRMAS


 Firmado digitalmente por Sandra Beatriz Alvarado Salcedo  
 Fecha: 2024.09.30 16:01:42 -05'00'

**Jefe(a) de Oficina de Control Interno**

**Auditor(es) Interno(s) que ejecutaron el trabajo**




**Ligia M. Velandia (LMVL) – Osbaldo Cortes Lozano (OCL)**

FECHA 30-09-2024